

# HEALTH ASSESSMENT

Please complete this form. All Information is CONFIDENTIAL and will help identify the services you need.

**SEXO:**  Hombre  Mujer  Transexual:  MAH  HAM **EDAD:** \_\_\_\_\_

**QUIERE EL EXAMEN DEL VIH EL DIA DE HOY?**  Si  No  No estoy seguro Si es Si, por favor complete el examen de evaluación al cliente para VIH en hoja separada. (Es una hoja por separado)

**SE HA HECHO LA PRUEBA DEL VIH?**  SI  No Si es SI, cuando fue su ultimo examen? \_\_\_\_\_

1. Cual es la razón de su visita? (Marque todo lo que aplique)

**NO SINTOMAS** – solo examen en general/ o exámenes

**Tiene Síntomas (Por favor marque cuales)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ronchas                  | <input type="checkbox"/> dolor en testículos o escroto                         | <input type="checkbox"/> ardor al orinar                       |
| <input type="checkbox"/> comezón                  | <input type="checkbox"/> dolor abdominal                                       | <input type="checkbox"/> dolor de garganta                     |
| <input type="checkbox"/> dolor en el recto        | <input type="checkbox"/> fiebre  | <input type="checkbox"/> lesiones en la boca                   |
| <input type="checkbox"/> dolor al evacuar         | <input type="checkbox"/> desecho   | <input type="checkbox"/> lesiones en genitales (vagina o pene) |
| <input type="checkbox"/> Lesión alrededor del ano | <input type="checkbox"/> cambios en el ciclo menstrual ( <b>solo mujeres</b> ) |  |

**Quien lo refirió a esta clínica:**

Pareja sexual  Doctor general/enfermera  CDI (consejero)  otro \_\_\_\_\_

**Solo esta aquí porque tiene preguntas:**

**Otro:** \_\_\_\_\_

2. Recientemente alguien le dijo que había sido expuesto a una ETS?  Si  No

Si es Si, Cuando? \_\_\_\_\_ (Cual ETS's?)

- |  |                                    |   |                                     |
|--|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Clamidia                          | <input type="checkbox"/> Herpes    | <input type="checkbox"/> Verrugas genitales | <input type="checkbox"/> Tricomonas |
| <input type="checkbox"/> Gonorrea                          | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Molusco            | <input type="checkbox"/> Sífilis    |
| <input type="checkbox"/> VIH                               | <input type="checkbox"/> Sarna     | <input type="checkbox"/> piojos (genitales) | <input type="checkbox"/> otra _____ |
| <input type="checkbox"/> No estoy segura/o que tipo de ETS |                                    |   |                                     |

3. Ha tenido relaciones sexuales en los últimos tres meses?  Si  No

4. Mis parejas sexuales son:  Hombres  Mujeres  Ambos  Transexuales

5. Con cuantas personas ha tenido relaciones sexuales?:

En los últimos tres meses? \_\_\_\_\_

En el ultimo ano? \_\_\_\_\_

6. Marque todo lo que aplique: Yo tuve sexo  vaginal  anal  oral

7. Cuando usted tiene relaciones sexuales, Usted usa condón?

Siempre  La mayoría de las veces  Algunas veces  Raramente  Nunca

8. Usted esta usando algún método de control de la natalidad?  Si  No Si es Si, Marque todo lo que aplica:

- |                                    |                                      |   |                               |   |
|------------------------------------|--------------------------------------|---|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Condomes  | <input type="checkbox"/> píldora     | <input type="checkbox"/> anillo vaginal | <input type="checkbox"/> DIU  | <input type="checkbox"/> depo-provera (inyección) |
| <input type="checkbox"/> operation | <input type="checkbox"/> histectomia | <input type="checkbox"/> vasectomia     | <input type="checkbox"/> Otro |   |

Patient sticker here

Rosecrans

Central Region

North Coastal

South Region



(DELE VUELTA)

## EVALUACION DE SALUD

9. Ha pagado por tener relaciones sexuales, o ha intercambiado sexo por drogas?  Si  No
10. Usted ha recibido drogas, dinero o otras cosas/servicios por sexo en el ultimo ano?  Si  No
11. Ha tenido alguna enfermedad venérea durante los últimos 5 años?  Si  No Si es Si, marque todo lo que aplica
- Sífilis (mala sangre)       Verrugas       Mujeres – Infección en las trompas/vientre (EPI)  
 Gonorrea       Herpes       Hombre – Ardor o goteo del pene (no gonorrea o clamidia)  
 Clamidia       VIH       Tricomonas (“trick”)       otro \_\_\_\_\_
12. Cual es su país de origen (Donde nació)? \_\_\_\_\_
13. Ha tenido transfusión sanguínea antes del ano 1992?  Si  No
14. Alguna ves se ha inyectado drogas?  Si  No
- Si es si, ha compartido agujas o cualquier otro equipo (algodón, jeringas, cucharas, etc.)?  Si  No
15. En el ultimo ano, ha usado usted alguna de las siguientes drogas? (marque todo lo que califica)
- Cristal/ Meth       Cocaína       Crack       Heroína       Poppers       PCP  
 Especial K (ketamine)       Éxtasis       GHB       Otro \_\_\_\_\_
16. Alguna de sus parejas sexuales se ha inyectado drogas?  Si  No
17. Alguna ves se ha hecho el examen de la **Hepatitis C**?  Si  No
- Si es si, Cuales fueron los resultados?  Positivo       Negativo       Indeterminado       No estoy seguro
18. Ha tenido sexo con alguien que tiene **Hepatitis B** o **C**?  Si  No  No estoy seguro
19. Alguna ves alguien le dijo que fue infectado con **Hepatitis B**?  Si  No  No estoy seguro
20. Alguna ves ha estado en la cárcel o en la prisión?  Si  No
- Si es si, se tatuó cuando estaba en la cárcel o estuvo envuelto en peleas cuando estaba encarcelado?  Si  No
21. Alguna vez le han dicho que usted ha sido infectado con **Hepatitis A**?
- Si       No       No estoy seguro
22. Alguna ves ha recibido las vacunas de la **Hepatitis B**(3 vacunas)?
- Si       Si, pero no todas       No       No estoy seguro
23. Alguna ves ha recibido las vacunas de la **Hepatitis A** (2 vacunas)?
- Si       Si, pero no todas       No       No estoy seguro

**NOTA ESPECIAL ACERCA de la HEPATITIS:** La hepatitis B es una enfermedad de transmisión sexual común. El hombre que tiene relaciones sexuales con hombres están mas propensos a contraer Hepatitis A. Ambas infecciones pueden ser prevenidas con las vacunas (vea la información de Hepatitis A o B). Si su proveedor medico piensa que usted puede ser beneficiado con las vacunas, le gustaría obtenerlas hoy?

- Si
- No estoy seguro, voy a revisar mi historial medico
- No, Ya estoy vacunado para ambas vacunas
- No, Yo pienso que ya tuve la infección antes
- No, No me gustan las inyecciones
- No, otras razones \_\_\_\_\_

**Combination A/B Vaccine Given:**  Yes  No Given by: \_\_\_\_\_

**Hepatitis B Vaccine Given:**  Yes  No Given by: \_\_\_\_\_

**Hepatitis A Vaccine Given:**  Yes  No Given by: \_\_\_\_\_

Circle all that apply:	SEROLOGY		IMM.	
	HBV	HCV	A	B
All non-immune				x
≥ 3				x
MSM	x		x	x
CSW	x	x		x
Transfusion		x		x
IDU	x	x	x	x
SP-IDU	x	x	x	x
SP-HEP	x	x		x
Chronic HBV+			x	
HCV+	x		x	x
None of above				

## EVALUACION DE SALUD

---

INITIAL AFTER REVIEWING FORM: Counselor initials: \_\_\_\_\_ Clinician/Nurse initials: \_\_\_\_\_